

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THESE 224

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

par

Maurice-Jean-Francis DURET

né à Chelles (Seine-et-Marne) le 19 Avril 1908

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

~~~~~

## **Étiologie et Prophylaxie des récidives du Trichiasis Trachomateux opéré de la paupière supérieure**

Président : M. **TERRIEN**, Professeur

Imprimerie  
LE BAYON-ROGER & C<sup>ie</sup>  
13, Place Alsace-Lorraine,  
LORIENT

# LE DOYEN .....ROUSSY

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |                    |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIÈRE.          |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                                  | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                                    | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale ....                      | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale .....                                  | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                            | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                    | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.             |
| Médecine légale .....                                                  | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Histoire de la Médecine et de la chirurgie .....                       | BALTHAZARD.        |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                             | PIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                         | M. VILLARET.       |
|                                                                        | LOEPER.            |
| Clinique médicale .....                                                | CARNOT.            |
|                                                                        | CLERC.             |
|                                                                        | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance ....                        | LEREBoullet.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..                     | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                         | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                               | LEMIERRE.          |
|                                                                        | CUNÉO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                            | GOSSET.            |
|                                                                        | GRÉGOIRE.          |
|                                                                        | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                              | MARION.            |
|                                                                        | BRINDEAU.          |
| Clinique d'accouchements .....                                         | COUVELAIRE.        |
|                                                                        | JEANNIN.           |
|                                                                        | N . . .            |
| Clinique gynécologique .....                                           | OMBRÉDANNE.        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ....                     | RATHERY.           |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | LEMAITRE.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | Pierre DUVAL.      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | SERGENT.           |
| Clinique propédeutique .....                                           | BEZANÇON.          |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | MATHIEU.           |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..                      | HOVELACQUE.        |
|                                                                        | MULON.             |
| Professeurs sans chaire .....                                          | OLIVIER.           |
|                                                                        | VERNE.             |
|                                                                        | MOCQUOT.           |



Digitized by the Internet Archive  
in 2026



Année 1936

**THESE**  
POUR LE  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
(Diplôme d'État)

par

**Maurice-Jean-Francis DURET**

né à Chelles (Seine-et-Marne) le 19 Avril 1908

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

~~~~~

**Étiologie et Prophylaxie
des récidives
du Trichiasis Trachomateux opéré
de la paupière supérieure**

Président : M. **TERRIEN**, Professeur

Imprimerie
LE BAYON-ROGER & C^{ie}
13, Place Alsace-Lorraine,
LORIENT



A Monsieur le Professeur Terrien
chef de clinique ophtalmologique
des Hopitaux
qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse

A Monsieur le docteur Attal
chef du service d'ophtalmologie
à l'Hôpital de Constantine qui nous suggéra
le sujet de cette thèse
et dont nous avons été l'interne

A la mémoire de Monsieur le Professeur Charles Mirallié
ancien directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes,
correspondant de l'Académie de Médecine
dont nous avons été l'externe

A nos maîtres dans les Hôpitaux

A mon Père,

A ma Mère,

A ma Fiancée,

Meis et Amicis

INTRODUCTION

Le Trachome évoluant librement, à peu près sans traitement, sur une grande partie de notre globe, depuis de longs siècles a semé la cécité dans toutes les villes d'Orient, avec une prodigalité qui nous étonne aujourd'hui, et l'on se représente toujours les ruelles des Mellahs ou des cités musulmanes encombrées d'aveugles aux yeux effrayants. Résignés à leur infirmité, ils ont vécu avec leur trachome, qui d'année en année leur ravissait la lumière.

La marche fatidique du trachome est encore difficilement enrayée, mais ses complications sont prévenues et traitées. En France, la lutte contre le trachome, circonscrite aux immigrés ou aux coloniaux, a pu être efficace. Mais, ailleurs, en Afrique du Nord en particulier, le trachome, que nous avons pu personnellement observer pendant trois ans là-bas, est encore traité avec beaucoup d'irrégularité. Comme le souligne dans son livre, Monsieur le Professeur Terrien, notre Président de thèse, il existe une forme bénigne, se compliquant rarement; une forme

grave à poussées évolutives fréquentes et à complications. Cette forme, qui présente par ailleurs un caractère épidémique plus marqué, est la forme courante dans nos possessions coloniales.

Il ne faudra donc pas s'étonner que le trichiasis trachomateux soit fréquent et récidive. Le traitement médical du trachome n'est pas continué après l'intervention; toutes les conditions d'hygiène et de climat défavorables à la guérison se trouvent réunies; enfin des affections intercurrentes viennent s'associer et donner un coup de fouet au trachome en sommeil.

Devant cet état de choses, quels moyens prophylactiques envisager pour écarter la récidive chez un porteur de trichiasis? Et si l'on ne peut espérer un traitement postopératoire quelconque, quel moyen chirurgical employer dans l'intervention pour prévenir les effets cicatriciels des poussées ultérieures?

Cause directe de la récidence :

L'évolution du Trachome

Un malade porteur de trachome est le plus souvent infecté depuis sa première enfance. C'est un point sur lequel il est toujours bon d'insister, car l'apparition tardive en apparence du processus évolutif n'est que l'aboutissement d'une longue période de latence dans la plupart des cas.

Morax et Petit ont insisté sur le trachome latent de l'enfance. Bien des faits prouvent que l'indigène est contaminé au gourbi dans ses premières années.

Tout d'abord l'histoire mille fois répétée de cet oriental séjournant en France depuis son enfance, et « contractant » son trachome à l'occasion d'une conjonctivite catarrhale banale, d'un rhume de cerveau, de la projection d'une poussière ou d'un corps étranger minime sur la conjonctive : d'où contestations de la part des Assurances — absence de toute contamination et cependant trachome. Enfin cet autre fait bien fréquent aussi, la présence d'un

trichiasis fruste, quelques cils déviés, chez un sujet n'ayant pas présenté de poussées évolutives inquiétantes.

Devant ces faits, il ne faut pas s'étonner de voir réapparaître des trichiasis, chez des sujets opérés depuis dix ans, guéris en apparence, comme dans l'observation n° 2, mais porteurs d'un trachome en sommeil, dans quelque repli de la muqueuse ou dans les voies lacrymales. La cessation complète d'un traitement médical après intervention chez un sujet ne présentant plus qu'un aspect cicatriciel des conjonctives, lui fait donc courir le risque d'une récurrence. Malheureusement le malade opéré du trichiasis se croit guéri de son trachome et le service hospitalier ou le médecin traitant risquent ne plus le revoir avant le retour d'accidents plus graves.

Monsieur Attal, chef du service ophtalmologique de l'Hôpital civil de Constantine, qui nous inspira le sujet de cette thèse, observe sur cinquante cas de trichiasis se présentant dans son service, vingt cinq sujets porteurs de trachome en pleine activité. Il n'est évidemment pas question d'opérer ces malades avant d'avoir par un traitement médical, enrayé cette poussée évolutive.

En dehors de cette préparation du malade, de ce traitement préopératoire, il y aura donc à faire un traitement postopératoire prolongé. Il est possible de garder quelque temps à l'Hôpital ces malades qui vont regagner leurs douars et que l'on ne reverra plus avant des années. Mais à leur sortie du service, ils ne trouveront plus la surveillance encore bien nécessaire, et dans quelque temps, ils reviendront, victimes d'un nouvel assaut de leur trachome. Du moins peut-on espérer qu'un traitement chirurgical

prophylactique leur évitera le retour de l'entropion fatal qui entretient et aggrave le pannus cornéen.

Donc, première et principale cause des récidives : absence de traitement médical postopératoire du trachome, favorisée par la latence de l'infection et les longues périodes silencieuses qui endorment la vigilance du malade, enfin les difficultés rencontrées dans les agglomérations trop lointaines du bled et l'ignorance de la nécessité du traitement (la négligence paraît toutefois plus fréquente que l'ignorance). Je ne parle pas d'une autre raison qui écarte instinctivement le malade du traitement bienfaisant : le moment pénible qu'il lui faut passer.

Causes indirectes favorisant l'apparition des récidives

Causes ethniques. — Les peuples méditerranéens sont sujets au trachome grave. Ils sont plus exposés aux complications et aux récidives que les peuples septentrionaux. Parmi eux, les peuples de race israélite ou musulmane semblent particulièrement sensibles. C'est chez eux que l'on verra le trichiasis récidiver, même après le traitement le mieux conduit, et cela parfois dans des milieux sociaux qui semblent favorables à la guérison. La race jaune est aussi très vulnérable (repli semilunaire).

Causes géographiques. — Mais ce qui influe grandement sur la réinoculation ou la réactivation d'un trachome en apparence guéri, c'est la vie en commun sous la tente ou dans les quartiers indigènes surpeuplés : c'est l'agglomération. Nous avons pu observer, au cours d'un séjour dans les massifs montagneux au sud du Grand Atlas Marocain que les populations dissidentes nomades ou réfugiées dans

les Ksours, (les « Chleuhs de la montagne »,) n'étaient presque jamais trachomateuses. Par contre, les indigènes sédentaires vivant en agglomération dans les palmeraies, étaient porteurs de trachomes graves, la plupart avec trichiasis. Si l'on veut éviter une récurrence chez un trichiasique opéré, il peut être indiqué de lui conseiller une altitude élevée et un pays éloigné des agglomérations.

Les pays sablonneux, les ergs et régions de dunes, ou les pays limitrophes où souffle le simoun sont évidemment des plus contre-indiqués. L'action du sable, dont l'importance est exagérée peut-être dans les milieux empiriques, est loin d'être nulle et le trachome est très fréquemment réchauffé par les poussières.

A noter que le trachome va en diminuant de l'intérieur vers la mer : Batna, 37 % de trachomateux ; Constantine, 17 % ; Philippeville et Bougie, 5 %. La cure héliomarine préviendrait les récurrences.

Causes sociales. — Nous avons déjà entrevu que la promiscuité ne favorisait pas la guérison du trachome. La malpropreté, en particulier la malpropreté des mains, est une cause de contamination et d'irritation. Celle des vêtements n'est pas sans action non plus. Cuenod et Nataf de Tunis ont beaucoup insisté sur ces questions et envisagent dans un article de la *Revue Médicale Française*, de décembre 1932, toute une organisation sociale assurant la prophylaxie du trachome.

Enfin les méthodes empiriques, telles que :

l'application du kohl dans les yeux des nourrissons

« pour les préserver de l'ophtalmie », contamination de l'enfant par la mère trachomateuse ; les procédés d'épilation utilisés par les marabouts et qui aboutissent le plus souvent à casser les cils ce qui provoque des accidents beaucoup plus graves, la pointe des cils étant plus mousse et son contact moins rude pour la cornée que la surface de section du cil cassé.

Associations pathologiques. — Un trichiasis guéri sera réactivé par un corps étranger de la cornée, une brûlure insuffisante chez un sujet normal à provoquer l'entropion, une contusion de la région orbitaire. Nous avons retrouvé le cas d'un ancien trachomateux brûlé par l'ypérite et qui a fait depuis du trichiasis avec trachome évolutif.

Mais les causes pathologiques de réactivation du trachome sont surtout la blennorragie, la syphilis palpébrale, les conjonctivites à diplobacilles (un cas observé par nous à Oued-Zem), les affections intercurrentes à catarrhe oculo-nasal, la lèpre associée au trachome, les infections de l'appareil lacrymal.

C'est sur ces derniers points que devra se porter l'attention du chirurgien qui veut empêcher la récidence du trichiasis.

Les réveils du trachome par les infections du nasopharynx ont été observés et étudiés fréquemment (articles des *Annales d'oculistique*, décembre 1935, par Magitot, Tillé et Dubois). Il sera nécessaire de faire de la désinfection nasale chaque fois qu'une rhinopharyngite exposera la malade à une rechute.

Morax a étudié l'extension du processus trachomateux

au sac lacrymal et aux canalicules lacrymaux. Cet auteur ne l'aurait pas fréquemment observé. A Constantine, M. Attal a été amené souvent à intervenir pour des trachomes entretenus par l'infection lacrymale : voies lacrymales obstruées avec ou sans dacryocystite. Il conseille l'exploration de ces voies, les lavages lors des ulcérations cornéennes, au besoin la stricturotomie de Poulard, ou l'ablation du sac, s'il y a ulcération à hypopon. L'ablation partielle de la caroncule est à recommander. Si pas de sténose des voies lacrymales, lavage durant quelques jours.

Ces infections peuvent être surajoutées : elles peuvent être trachomateuses. Michaël a décrit une dacryoadénite trachomateuse chronique (archives d'ophtalmologie 1921). Enfin le repli semilunaire (dont l'atteinte trachomateuse a été soulignée par Hiwatari au Japon) et la caroncule lacrymale sont les tanières du trachome qui sommeille.

Contre toutes ces influences pathologiques qui favorisent la réapparition du trichiasis, le praticien ne peut pas grand chose. Seule l'infection des voies lacrymales peut être combattue. Toutefois il faut noter qu'un traitement antispécifique arrive à venir à bout de certaines ulcérations rebelles qui, bien qu'associées au trachome, ne sont pas toujours trachomateuses, mais réussissent néanmoins à reproduire les trichiasis corrigés

Le traitement médical

et les récidives du Trichiasis

Nous ne parlerons que pour mémoire des procédés préconisés par les Egyptiens : sang de lézard ou de chauve-souris, dont parlent Morax et Petit dans leur livre sur le trachome. Hippocrate, le premier préconise le xysis, suivi d'application de sels de cuivre. Les arabes utilisent encore actuellement la feuille de figuier.

Mais tout cela ne devait guère, à part le procédé d'Hippocrate, avoir un effet préventif contre une récidive de trichiasis.

Le crayon. — Le crayon, procédé très ancien, s'est montré plus actif à condition qu'il soit bien manié : passer le crayon d'un main douce, et s'il y a légère exulcération cornéenne, frôler simplement la conjonctivite malade.

Après passage du crayon, selon M. Attal, instiller une ou deux gouttes de cocaïne; un peu de vaseline stérilisée simple dans les yeux (ou pommade à l'argyrol).

Recommander au malade de ne pas se frotter les yeux. Traiter les ulcérations de la cornée au bleu de méthylène. Dans beaucoup de cas, mieux vaut franchement renoncer au crayon. M. Terrien, lui-même, signale avoir observé des rétractions cicatricielles. On risque donc ainsi une récidive médicamenteuse.

Les Scarifications. — Les scarifications seront utiles dans les cas de granulations trop exubérantes; après hémorragie, instillations de une ou deux gouttes de nitrate d'argent. Elles ne semblent pas avoir d'influence défavorable sur la bonne tenue de la bordure ciliaire.

Le brossage. — Par contre le brossage semble favoriser dans beaucoup de cas l'apparition de l'entropion, son action est brutale, il peut y avoir kératite, ulcères cornéens, même chez les malades opérés à froid. En outre, danger de projection de sérosité contaminée dans les yeux de l'opérateur ou de ses aides.

L'huile de Chaulmoogra. — Enfin l'huile de Chaulmoogra, préconisée par Madame Delanoë, de Mazagan (Maroc), donne parfois des ulcérations cornéennes. M. Attal en a observé et nous lisons d'autre part, sous la plume de M. Cuenod : « l'huile de Chaulmoogra que Madame Delanoë » a eu l'idée d'employer dans le trachome ne nous a personnellement pas donné de meilleurs résultats que les autres » médicaments ».

Et Pagès a confirmé ce point de vue dans un rapport à la *Société Marocaine d'Ophtalmologie*. Toutefois, elle serait indiquée dans la période préxérosique du trachome.

En conclusion, chez un trichiasique opéré, donner la préférence :

au crayon, s'il n'y a pas d'ulcération cornéenne;

au bleu, s'il y a ulcération;

au nitrate d'argent après scarification, s'il y a grosses granulations.

Vaccination antitrachomateuse. — Enfin Cuenod en 1912, aurait eu quelques résultats par la vaccination antitrachomateuse sous-conjonctivale.

Cette idée a été reprise par le regretté Charles Nicolle, de Tunis, qui a utilisé la voie intraveineuse. Après de nombreuses expériences sur le singe, il aurait obtenu également sur l'homme des résultats encourageants.

Dans son ensemble, le traitement médical est les trois quarts du temps inapplicable. Quand il est appliqué, il l'est de façon intermittente, irrégulière. En France cependant, les malades régulièrement suivis ont pu, par un traitement médical bien compris, éviter des récidives certaines.

Il est facile de comparer les observations I et II, malades non suivis, non traités après l'opération : plusieurs récidives, aux observations III et IV, malgré une évolution du trichiasis. Dans les premiers cas : malades ayant disparu plusieurs années; dans les derniers : malades venant se faire soigner à chaque nouvelle poussée.

L'organisation de la prophylaxie des récidives du trichiasis se confond avec celle de la prophylaxie du tra-

chome : c'est une œuvre sociale au but généreux, mais il ne faut pas se leurrer sur des résultats possibles immédiatement; le temps se chargera d'aider ceux qui auront eu le courage et la patience de mener cette œuvre à bien. Toutefois la déclaration obligatoire du Trachome serait une heureuse modification qui pourrait aider ceux qui ont entrepris cette lutte.

Prophylaxie des récidives du Trichiasis :

Moyens chirurgicaux

Actuellement la meilleure tactique est celle qui consiste à mettre le trachomateux à l'abri d'un entropion récidivant que les offensives possibles d'un trachome négligé ne manqueront pas de provoquer.

En France, il est possible de ne pas attribuer à cette question toute l'importance qu'elle prend dans les pays à civilisation dispersée. On peut se contenter ici d'un entropion léger, d'une excision superficielle du tarse. Le résultat esthétique est meilleur, et le traitement du trachome se prolongeant, évitera le retour des accidents.

Mais ailleurs, il ne faut pas compter sur l'avenir; l'avenir est au trachome qui reprend ses droits, et non au médecin que de longues distances séparent de son malade.

Pour cela, toute méthode ne touchant pas au tarse est à rejeter d'emblée. La grosse lésion du trichiasis est en effet l'incurvation cicatricielle du tarse, infiltré sur sa face interne à chaque poussée, et qui se cicatrise en se recro-

quevillant; les cils suivent son bord inférieur, car la muqueuse finit vite par lui adhérer complètement, ce qui rend sa disséction si difficile dans le trichiasis opéré antérieurement. Le redressement du tarse sera donc un temps nécessaire de l'opération.

Citons pour mémoire le procédé des musulmans qui se font des ulcérations de la peau des paupières afin d'amener un ectropion qu'il faut perpétuellement reproduire.

Rappelons l'épilation, procédé également médical et qui a le gros inconvénient d'exposer l'opérateur à laisser des cils en dedans de son incision marginale dans le Cuenod, d'où récurrence.

Les sutures de Gaillard. — Elles sont à rejeter pour l'entropion cicatriciel trachomateux. La récurrence est fatale.

TRANSPLANTATION DU SOL CILIAIRE

Arlt. — La transplantation du sol ciliaire de Paul d'Egine chez les anciens a été reprise par Arlt : incision marginale rétrociliaire — incision horizontale de la peau comme dans le Panas et résection d'un ovale de peau — suture des deux lèvres de l'incision cutanée. Relèvement du sol ciliaire : procédé ingénieux et facile mais récurrence fréquente.

Junge. — Modification apportée par Junge : lambeau cutané au-dessous du lambeau comprenant le bord ciliaire.

Holts. — Suture de la lèvre inférieure de la plaie au ligament suspenseur du tarse.

Gayet. — Lambeau en arrière du bord ciliaire qui est repoussé en avant.

Ces procédés ont tous le défaut de ne pas modifier l'incurvation et la direction du tarse. Ils peuvent être utilisés pour un trichiasis au début, dans une forme fruste avec trachome peu actif.

Canthoplastie externe. — La canthoplastie externe a pour effet de diminuer le rétrécissement cicatriciel de la fente palpébrale, mais n'influe guère sur le trichiasis si elle est isolée.

INTERVENTION INTERESSANT LE TARSE

Procédé de Smellen. — Excision d'un lambeau cutané en croissant dans la région du tarse. — Excision d'un lambeau tarsien cunéiforme. — (Amincissement du tarse : creusement d'une gouttière tarsienne).

Procédé de Lagleyse et Tranton. — Incision horizontale du tarse à 3 mm en dedans de la rangée des cils et doublement.

Procédé de Cuenod et Nataf (de Tunis). — Cuenod re-

jette la tarsotomie de Panas; selon lui, le chevauchement irritant des deux fragments du tarse seraient une cause de récédive.

Il reprend le procédé de Smellen en plus étendu et relève les angles de la paupière « pseudocanthoplastie ».

Incision marginale d'un bout à l'autre du bord ciliaire (impossible sur les trachomes anciens ou sur les récédives).

Eviter d'atteindre la racine des cils — Cuenod affirme que la chute des cils est fréquente et définitive.

Incision cutanée et excision d'une bandelette qu'il faut disséquer de la muqueuse, ce qui est difficile dans les trichiasis anciens.

Cuenod tient surtout à conserver la muqueuse intacte.

Le procédé de Cuenod utilisé fréquemment par M. Attal est pratique pour les trichiasis récents, dans les premières atteintes, et quand il n'y a pas entropion prononcé. Ce sera bien souvent un procédé de choix.

M. Attal que nous avons assisté fréquemment dans l'emploi de ce procédé, se plaint de la difficulté qu'il y a à retourner la paupière pour continuer le passage du crayon dans le traitement postopératoire du trachome.

Le procédé d'Anagnostakis-Panas paraît le procédé de choix du Trichiasis ancien, avec un gros entropion, et des récédives du trichiasis; les adhérences du tarse et de la muqueuse permettent difficilement le Cuenod.

M. Attel préconise actuellement le Panas modifié de la façon suivante :

- a) — incision du cartilage d'un bout à l'autre de la paupière.

- b) — lacher le bistouri quand on arrive aux angles internes et externes de l'œil et couper avec les ciseaux droits cartilage et muqueuse.

Le Panas terminé, les fils passés selon le procédé classique qu'il est inutile de rappeler ici :

- c) — éverser la lèvre ciliaire ou inférieure de façon qu'elle soit couchée par sa face cutanée sur la lèvre supérieure de la plaie. La face conjonctivale de la lèvre ciliaire devient antérieure.
- d) — réunir cette lèvre par 2 ou 3 fils au bord inférieur de la lèvre supérieure de l'incision tarsienne.

Les fils supplémentaires passent par :

- 1) — la face conjonctivale de la lèvre supérieure.
- 2) — traversent cette lèvre dans toute son épaisseur.
- 3) — rentrent dans la lèvre inférieure par la face cutanée du tarse dégarnie par la dissection, puis ressortent par la face conjonctivale de la lèvre inférieure en ne prenant pas le feuillet cutané de cette lèvre.

Nouer les fils.

Le relèvement ciliaire paraît d'abord exagéré, puis il s'atténue et le résultat est définitif. Sur le grand nombre de ces cas opérés à Constantine depuis un an (moyenne

de trois à quatre par semaine), aucune tendance à la récurrence avec ce procédé.

a) — le retournement de la paupière n'est pas gêné pour le traitement des granulations encore existantes.

b) — l'ectropion excessif se corrige vite quand le malade revenu dans son douar lointain doit renoncer à tout traitement et, quand la réapparition du trachome tend à abaisser de nouveau le bord ciliaire et son support le bord inférieur du tarse dont il est solidaire.

Comme l'écrivaient d'ailleurs Rochon-Duvigneaud et Descola : « Remarquons qu'en opérant on n'a pas à craindre « l'hypercorrection car le résultat opératoire tend à s'atténuer par la cicatrisation. »

Pour terminer, signalons le conseil de Cange, d'Alger : qui recommande d'exciser le plus possible l'orbiculaire et de ne pas le ménager car il contribue à la production de l'entropion.

En résumé deux excellents procédés : le Cuenod pour les trichiasis récents, le Panas pour les trichiasis anciens ou les récidives, avec procédé Attal pour les cas où l'on prévoit l'abandon du traitement médical et des récidives probables à brève échéance et dans tous les cas procédé utilisable sans danger, et n'ayant donné jusqu'ici que d'heureux résultats.

Signalons que l'on aurait intérêt à faire le Cuenod ou le Panas chez tous les malades présentant une déviation du sol ciliaire, même si les cils ne balaient pas encore la cornée et en prévision de cette éventualité.

En cas de cils abérrants quittant leur ligne d'insertion ou prenant une direction verticale, on pourrait, si le malade devait rester sans soins, ne pas attendre l'entropion complet et préférer le Cuenod à l'épilation. Tout ceci évitant de plus graves lésions du tarse associés à la rétraction de la muqueuse. Ainsi l'ectropion sera plus facile à réaliser exigeant une correction moins forte et les récidives possibles seront définitivement écartées.

Observations

1°) Ahm..., musulman, âgé de 37 ans entre, le 16 janvier 1930, dans le service de M. le Professeur Terrien.

Porteur d'un trachome ancien, remontant probablement à l'enfance, a déjà été opéré du trichiasis voila 2 ans (trichiasis bilatéral), on ne peut avoir de précision sur le procédé employé.

Porteur à son entrée d'un trichiasis marqué des deux paupières supérieures nécessitant une nouvelle intervention. On pratique chez le malade un double Panas, le premier, le 21 janvier 1930, le second, le 30 janvier. Le malade apparemment guéri sort le 14 février.

On ne le voit plus dans le service jusqu'au 12 janvier 1931, date à laquelle il revient porteur d'une récédive à la paupière supérieure gauche. Il est pratiqué un nouveau Panas typique; depuis le malade n'est plus revenu.

2°) Am... Boud..., 25 ans, musulman, entre le 3 mars 1931, dans le service de M. Terrien.

Opéré d'un double trichiasis il y a dix ans. A son entrée dans le service, il est porteur d'une récurrence bilatérale de la paupière supérieure.

Au niveau de l'œil droit, le trichiasis est surtout marqué dans la portion interne de la rangée ciliaire, ce qui confirme bien les données actuelles sur les prédominances du processus trachomateux sur la moitié interne de la conjonctivite.

Le 17 mars, il est procédé à l'amincissement du tarse (procédé de Smellen).

Le malade sort le 27 mars 1931. — Guérison.

3°) Bernh..., entre dans le service de M. Terrien, le 2 septembre 1925. Il présente un trachome cicatriciel évoluant depuis quelques années.

Depuis 10 mois kératite double avec ulcérations et léger pannus. Le malade a déjà été soigné un peu partout. Il présente de la photophobie, du larmolement et un trichiasis bilatéral.

Traitement médical : lavae, pommade à l'Argyrol.

Le 25 septembre 1925, plus de kératite. Mais le trichiasis nécessite une intervention.

Le 26 septembre, il est pratiqué un Pannas à l'œil gauche; les fils sont enlevés le 30.

Le 5 octobre l'œil gauche est en bon état; ectropion suffisant.

Le 10 octobre Panas côté droit; le 17 ablation des fils, l'œil va bien.

Le 30 par contre, récurrence de kératite œil droit.

Le 3 novembre, la cornée s'éclaircit.

Le 10 novembre, cautérisation des vaisseaux néoformés et du pannus (œil gauche).

Le 15 novembre kératite à gauche.

Le 20 novembre, le malade rentre à nouveau : recrudescence de son trachome O. G.; inflammation des cul de sacs palpébraux (surtout cul de sac supérieur).

Cornée : kératite; fluorescéine positive sur un point très petit.

Le 4 Novembre 1932, nouvelle poussée de kératite depuis 8 jours.

Œil droit : 2 points de kératite réchauffée; pupille se dilatant bien.

Cicatrice palpébrales.

Tarse très épaissi en haut et en bas.

A l'œil gauche taie ancienne réchauffée.

Bon état du tarse.

Exéat le 15 Novembre.

Poussée nouvelle le 26 Avril 1933; guérie le 1^{er} Mai.

Le malade va bien jusqu'au 11 Octobre suivant : nouvelle poussée; le 17 Octobre on lui fait un brossage O. D. exéat le 13 Novembre 1933.

Le malade opéré en 1925, malgré un grand nombre de poussées trachomateuses successives avec inflammation parquée de la conjonctive palpébrale supérieure et cicatrices manifestes à ce niveau n'a plus refait de trichiasis.

4°) A. D..., 46 ans, journalier, sujet français entre le 22 Juin 1925 chez Monsieur Terrien, porteur d'un trachome bilatéral. A commencé à souffrir des yeux en 1916 étant prisonnier en Allemagne. Il ressent des picotements, des douleurs. Les yeux deviennent rouges, larmoyants, surtout l'œil gauche. La vision se trouble. En 1917, il est hospitalisé en Suisse où il reçoit des soins pendant dix mois (injections sous-conjonctivales de cyanure.) Il a fait plusieurs crises depuis lors jusqu'à ce jour.

A son entrée à l'Hotel Dieu, le malade présentait une paupière supérieure en coque, des cils en lame de sabre.

O. G. piqueté cicatriciel des conjonctives, cul de sacs effacés (conjonctive tarsienne supérieure.)

Au niveau de l'inférieure, hyperémie, légère infiltration, petite sécrétion muqueuse.

Conjonctive bulbaire : vaisseaux néoformés; cornée : dépoli total avec zones plus imprégnées surtout au centre. Iris un peu hyperémié.

O. D. Aspect velvétique de la conjonctive tarsienne supérieure. Hyperémie; effacement du cul de sac paupière inférieure. Conjonctive bulbaire : quelques vaisseaux, léger chémosis angle interne. Cornée dépolie.

Vision O. G. 1/10.

Vision O. D. 2/10.

Le 4 Juillet 1925 on pratique sur le malade un Panas modifié œil droit, puis le 9 Juillet résection de l'orbiculaire, aplanissement du tarse, suture.

Le 6 Juillet et le 23 Juillet même procédé pour l'œil gauche exécuté le 30 Juillet 1925.

Le 4 Décembre de la même année le malade revient pour poussée évolutive sur l'œil droit. Récidive du trichiasis, mais sur la paupière inférieure seulement, cils frottant sur la cornée. Pas d'entropion ni de trichiasis de la paupière supérieure opérée.

CONCLUSIONS

- 1°) — Le trichiasis trachomateux, sequelle cicatricielle du trachome est à la maladie causale ce qu'est le parkinsonisme à l'encéphalite, ce qu'est une cardiopathie valvulaire au Rhumatisme. Le traiter chirurgicalement est nécessaire : traiter médicalement le trachome causal après l'intervention l'est également.
- 2°) — Pour cela exercer la surveillance des trichiasis opérés; c'est toute la prophylaxie du trachome qui entre en jeu : prophylaxie difficile entre toutes, surtout hors d'Europe. Le musulman, l'indochinois atteints de trachome et de trichiasis se croient guéris le jour où leur trichiasis est opéré; donc absence de soins médicaux.
- 3°) — Intervention des autres causes de récidives : manque d'hygiène; vie en commun dans les gourbis; méthodes empiriques; influence du sable et du climat.
Infections intercurrentes : voies lacrymales, coryzas et conjonctives associés.

Blénnorrhagie, syphilis, réinoculations.

Grosses difficultés pour le praticien de prévenir ces causes; pour ce qui est des causes médicales curables négligence des indigènes.

- 4°) — Il ne reste somme toute que la méthode chirurgicale qui soit vraiment efficace à prévenir les récidives dans les pays d'outremer. Sur les autres il ne faut guère compter. D'où nécessité pour le chirurgien de choisir une intervention qui produira apparemment un ectropion excessif mais qu'hélas une nouvelle offensive du trachome se chargera bien vite de rectifier.

Vu le Doyen :

ROUSSY

Vu le Président de thèse :

TERRIEN

Vu et permis d'imprimer

Le recteur
de l'Académie de Paris

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- TERRIEN. — Précis d'ophtalmologie (3^e édition).
MORAX. — Précis d'ophtalmologie.
POULARD. — Traité d'ophtalmologie.
MORAX et PETIT. — Le trachome (chez J. Morax éditeur; 63, rue Nollet Paris.)
GUÉNOD et NATAF. — Le trachôme (chez Masson.)
A. COLIN. — Opération radicale du trichiasis (Annales d'oculistique 1922.)
TRANTAS. — Opération contre l'entropion de la paupière supérieure (Clinique ophtalmologique 1921.)
SCHONSBOE. — Le trichiasis trachomateux (in Annales oculistiques 1924.)
MILLET et JASSERON. — Le traitement chirurgical du trichiasis (in Annale d'oculistiques 1925.)
CANGE. — Le trachome (éditions Masson.)
MAGITOT, TILLÉ et DUBOIS. — Les kératites d'origine nasale (in Annale d'Oculistique 1935.)
CUÉNOD et NATAF. — Le trachome (Revue médicale française décembre 1932.)
Mme DELANOE. — Traitement du trachome par l'huile de chaulmoogra.
ROCHON-DUVIGNEAUD et DESCOLA. — Opération du trichiasis — Ophtalmologie en clientèle (Maloine éditeur.)
LICHAA. — Contribution à l'étude du trachome et de sa prophylaxie en Egypte (Thèse 1929.)
CH. NICOLE et LOMBROSO. — Nouvelles expériences de réinoculation du virus du trachome à des sujets guéris d'une atteinte naturelle (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis Août 1933.)
MICHAEL. — La dacryoadénite trachomateuse chronique (Archives d'ophtalmologie 1921.)

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDARD D'ALLAINES. Pathologie.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhinc-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Chimie biologique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE ... Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY - BERT ... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU - LEMAIRE . . Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT ..			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS.

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.